

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ С УЧЕТОМ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗАТРАТ

Булдык Е.А.<sup>1</sup>, Пискун Д.В.<sup>2</sup>, Пахомов А.В.<sup>2</sup>, Дмитраченко Т.И.<sup>2</sup>

УЗ «Минская городская детская инфекционная больница»<sup>1</sup>

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»<sup>2</sup>

Тонзиллиты являются одной из наиболее частых причин назначения антибактериальной терапии в клинической практике. Выбор антибактериального препарата при этом должен осуществляться с учетом вероятного возбудителя и его чувствительности к антимикробным препаратам. Наиболее этиологически значимыми бактериальными патогенами при острых тонзиллитах являются  $\beta$ -гемолитические стрептококки группы А, на долю которых приходится от 15 до 30% всех случаев бактериальных тонзиллитов [1,2]. Реже острый тонзиллит вызывают вирусы, стрептококки групп С и G (15%), *S. aureus* (4%), *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria*, *Haemophilus* spp, анаэробы и спирохеты (ангина Симановского — Плаута — Венсана), крайне редко — микоплазмы и хламидии [1, 2]. В то же время причина появления гнойных налетов на миндалинах при инфекционном мононуклеозе остается не выясненной. Тонзиллит при инфекционном мононуклеозе является одним из наиболее частых клинических проявлений заболевания, встречающемся у 70-80% больных [3, 4]. Согласно литературным данным, роль бета-гемолитического стрептококка в возникновении тонзиллита при инфекционном мононуклеозе значительно уменьшается и составляет менее 10%, при этом значительно чаще выделяется метициллинчувствительные *S. aureus* (MSSA) [5, 6].

Целью исследования явилась фармакоэкономическая оценка использования различных антибактериальных препаратов при лечении тонзиллитов у больных инфекционным мононуклеозом. Оценивались стандартные дозировки препаратов для взрослых и обязательная продолжительность (10 суток) курса антибактериальной терапии для всех антибиотиков, за исключением азитромицина (5 суток). В исследование были включены стандартно используемые при лечении тонзиллитов антибактериальные препараты различных фирм-производителей, зарегистрированные в Республике Беларусь: бензилпенициллин (Борисовский ФЗ, РБ), ампициллин (Борисовский ФЗ, РБ), амоксициллин, (амосин, Фармлэнд, РБ; Фармтехнология, РБ), амоксициллин

(GlaxoSK), азитромицин (сумамед, Pliva; сумамокс, Oxford lab) эритромицин (Синтез, РФ), цефтриаксон (Синтез, РФ; офрамакс, Ranbaxy; роцефин, Roche), цефотаксим (Белмедпрепараты, РБ), цефазолин (цефезол, Феррейн, РФ), доксициклин (Феррейн, РФ).

Согласно принятым рекомендациям по лечению тонзиллитов препаратами выбора являются пенициллин, аминопенициллины или макролиды [1]. В то же время при инфекционном мононуклеозе использование ампициллина ограничено, что связано с возможным возникновением экзантемы [3], что касается применения пенициллина, то указаний на более частое появление сыпи у больных, его применявших нет.

Стоимость терапии при классическом лечении больных тонзиллитом с использованием парентерального введения пенициллина составляет 9,6 у.е., что сравнимо с использованием аминопенициллинов, стоимость лечения при которых колеблется от 2 до 16 у.е. в зависимости от конкретного препарата и его схем введения.

Использование макролидов представляется более оправданным в связи с возможным появлением экзантемы у больных инфекционным мононуклеозом на фоне использования препаратов группы пенициллина. Стоимость терапии при этом имеет существенные различия в зависимости от выбора конкретного препарата. Экономические затраты при пероральном использовании эритромицина (Синтез, РФ) составляют 4 у.е. В то же время использование сумамеда (Pliva) при его пероральном приеме увеличивает стоимость лечения до 18,6 у.е., однако, следует учитывать возможность сокращения сроков лечения, а следовательно и сроков госпитализации больного, которые позволят сократить экономические затраты. Применение же индийского аналога - сумамокса снижает стоимость лечения до 5,9 у.е.

С учетом вероятной роли MSSA в этиологии тонзиллитов при инфекционном мононуклеозе целесообразным является и использование цефалоспоринов I поколения. Стоимость терапии при их использовании сравнима с применением макролидов и составляет 15 - 20 у.е. в зависимости от фирмы производителя препарата.

Использование цефалоспоринов III поколения значительно увеличивает стоимость терапии, которая составляет при использовании цефотаксима - 41,4 у.е., офрамакса - 52,7 у.е., роцефина - 395 у.е. Применение данных препаратов при лечении больных инфекционным мононуклеозом, учитывая их высокую стоимость, должно быть обоснованным и назначаться только при отсутствии эффекта от использования более дешевых препаратов.

Наиболее дешевым препаратом оказался полусинтетический тетрациклин – доксициклин (Феррейн, РФ). Стоимость курса лечения таблетированным доксициклином по 0,2 г. в сутки составляет 0,3 у.е. Однако следует учитывать высокие уровни резистентности наиболее вероятных возбудителей тонзиллитов к тетрациклинам, что в конечном итоге не только не снизит стоимость терапии, но и значительно ее повысит из-за необходимости смены препарата и более длительного курса лечения.

Проведенное исследование позволяет оценить лишь стоимостную составляющую фармакоэкономического анализа и требует дальнейшей оценки клинической эффективности антибактериальной терапии. Анализ результатов терапии предполагает обязательное изучение зависимости клинического результата от стоимости проводимой терапии, что особенно важно у больных инфекционным мононуклеозом, при котором этиология тонзиллита не установлена.

Литература:

1. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического тонзиллита.//РМЖ. 2001. - №16-17.

2 Bisno A.L. Acute pharyngitis: etiology and diagnosis.//Pediatrics, 1996. -№97. – P. 949-954.

3.Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей – М.: «Медицина», 1999. – 809 с.

4. Borer A., Gilad J., Haikin H. et al. Clinical features and costs of care for hospitalized adults with primary Epstein-Barr virus infection.//Am J Med, 1999. - №107/ - P. 144-148.

5. Merriam SC, Keeling RP. Beta-hemolytic streptococcal pharyngitis: uncommon in infectious mononucleosis.// South Med J, 1983. - №76(5). – P. 575-576.

6. Fota-Markowska H, Rolla-Szczepanska R, Chudnicka AM, Modrzewska R. Profile of microorganisms isolated in nasopharyngeal swabs from the patients with acute infectious mononucleosis.// Wiad Lek. 2002 - №55(3-4). – P. 150-157.